



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES (DDD)  
**PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO (ISP) DEL NIÑO**  
 CHILD'S INDIVIDUAL SERVICE PLAN (ISP)

FECHA
-------

**PARTE I: IDENTIFICACIÓN**

NOMBRE DEL NIÑO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DDD	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
DOMICILIO      CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL      TIPO DE RESIDENCIA
NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL		PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)
NOMBRE DE LA ESCUELA/LUGAR DE TRABAJO			NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)

PARTICIPANTES EN EL ISP

INGRESO

SSI - Monto \$                     
  Seguro Social - Monto \$                     
  Otro - Pensión \$

PREOCUPACIONES/ADVERTENCIAS MÉDICAS

MEDICAMENTO Y DOSIS

DOCTOR	TELÉFONO	FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA

DENTISTA	TELÉFONO	FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA

Cupones médicos   
  Otro seguro médico (especifique):

NÚMERO DE ID ACES

**PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA**

1. ¿Qué asistencia necesita el niño para vestirse y arreglarse como se espera de otros niños de su edad?

<input type="checkbox"/> <b>A</b> No tiene edad suficiente para participar en su vestido y arreglo personal.	<input type="checkbox"/> <b>B</b> Necesita mucha ayuda, en forma de asistencia física total, entrenamiento intensivo y/o terapia para vestirse y arreglarse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> <b>C</b> Necesita ayuda moderada, en forma de asistencia física parcial, y/o entrenamiento, y/o terapia para vestirse y arreglarse por sí mismo.	<input type="checkbox"/> <b>D</b> Necesita recordatorios o instrucciones para vestirse y arreglarse adecuadamente por sí solo.	<input type="checkbox"/> <b>E</b> Se viste y arregla por sí solo (puede tener asistencia física) de acuerdo con su edad.
---	--	--	---	---

COMENTARIOS

**PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA (CONTINUACIÓN)**

2. ¿Qué asistencia necesita el niño para usar el baño por sí mismo como se espera de otros niños de su edad?

- |  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>No tiene edad suficiente para utilizar el baño por sí solo. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita mucha ayuda, en forma de asistencia física total, capacitación intensiva, intervención y/o terapia diaria para ir al baño por sí solo. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita ayuda moderada, en forma de asistencia física, entrenamiento estándar y/o terapia regular. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>Necesita recordatorios o sugerencias. | <input type="checkbox"/> <b>E</b><br>Va al baño por sí solo o tiene asistencia física disponible para utilizar el baño por sí solo. |
|--|--|--|--|---|

COMENTARIOS

3. ¿Qué asistencia necesita el niño para comer de acuerdo al nivel de su edad?

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Necesita mucho apoyo, en forma de asistencia física total, capacitación intensiva y/o terapia diaria. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita ayuda moderada, en forma de asistencia física parcial, entrenamiento estándar y/o terapia regular. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita asistencia, en forma de recordatorios y sugerencias, para exhibir buenos modales y tener buena apariencia cuando está comiendo. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>Come de acuerdo al nivel de su edad (podría tener ayuda física). |
|--|--|---|---|

COMENTARIOS

4. ¿Qué asistencia necesita el niño para desplazarse en su ambiente de la misma manera que otros niños de su edad?

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Necesita mucha intervención en la forma de asistencia física total, entrenamiento intensivo y/o terapia diaria para moverse en su ambiente. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita asistencia moderada, como por ejemplo una persona que le ayude a desplazarse, o puede usar o aprender a usar un implemento de adaptación, o podría requerir entrenamiento estándar. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita intervención leve en forma de entrenamiento e instrucciones físicas para agacharse/andar a gatas/caminar. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>Necesita recibir estímulo para agacharse/andar a gatas/caminar. | <input type="checkbox"/> <b>E</b><br>No necesita asistencia. El niño se agacha/anda a gatas/camina al nivel de su edad. |
|--|---|---|--|---|

COMENTARIOS

**PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA (CONTINUACIÓN)**

5. ¿Qué asistencia necesita el niño para comunicarse como otros niños de la misma edad?

- |  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>En la actualidad, siempre es necesario que otra persona determine y comunique las necesidades del niño. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Con entrenamiento intensivo o terapia, el niño puede aprender suficientes aptitudes verbales y/o de señas para hacerse entender fácilmente por otros. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Con asistencia física (implemento de adaptación, intérprete), el niño siempre logra comunicarse. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>No necesita asistencia. |
|--|--|---|--|

COMENTARIOS

6. ¿Qué asistencia necesita el niño para aprender sobre el dinero y cómo usarlo?

- |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>El niño no tiene edad suficiente para saber sobre dinero. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>La familia debe crear oportunidades especiales para que el niño gane y/o gaste dinero. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita aprender a ganar y/o gastar dinero en formas que son comunes para su edad. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>Necesita sugerencias y/o recordatorios para completar tareas/transacciones relacionadas con ganar/gastar dinero. | <input type="checkbox"/> <b>E</b><br>No necesita asistencia. Independientemente aprovecha oportunidades comunes de su edad para ganar y/o gastar dinero. |
|--|---|--|---|--|

COMENTARIOS

7. ¿Qué asistencia necesita el niño para tomar decisiones y asumir responsabilidades?

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Necesita mucha asistencia en forma de ayuda especial y/o técnica de parte de familiares/maestros, como asimismo para éstos, con el propósito de crearle oportunidades para que tome decisiones y asuma responsabilidades. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita asistencia moderada de parte de familiares/maestros de manera que le proporcionen y expliquen una variedad de oportunidades para tomar decisiones y asumir responsabilidades. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita asistencia parcial en forma de explicaciones de las opciones disponibles para tomar decisiones y asumir responsabilidades. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>No necesita asistencia. Explora rápidamente las oportunidades para indicar deseos (actividad, comida, etc.) y asume responsabilidades (tareas, por sí mismo, etc.). |
|--|---|--|--|

COMENTARIOS

**PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA (CONTINUACIÓN)**

8. ¿Qué asistencia necesita el niño para explorar su medio ambiente?

**A**

Necesita considerable asistencia en forma de ayuda técnica especializada de parte de familiares/maestros, como asimismo para éstos, con el propósito de crear formas que apoyen/alienten al niño a explorar, a conocer y participar.

**B**

Necesita asistencia moderada en forma de algo de entrenamiento/ayuda física para familiares/maestros como asimismo para éstos con el propósito de crear maneras y oportunidades para que el niño explore su ambiente y lo conozca.

**C**

Necesita asistencia parcial en forma de estímulo verbal o la presencia de alguien en quien el niño confíe para explorar su medio ambiente y a conocerlo.

**D**

No necesita asistencia. Explora rápidamente su medio ambiente (puede tener un implemento de adaptación) y experimenta en formas típicas de los niños de su edad.

COMENTARIOS

9. ¿Qué tipo de asistencia es necesaria para satisfacer las necesidades de terapia médica del niño?

**A**

El niño requiere intervención o supervisión médica por profesionales, por lo menos en forma diaria.

**B**

El niño necesita supervisión regular (semanal, mensual) por parte de profesionales en el campo de salud.

**C**

El niño necesita asistencia y/o supervisión diaria de otras personas entrenadas.

**D**

Necesita terapia y/o supervisión continua regular de sus necesidades médicas mediante sistemas comunitarios típicos de salud.

**E**

No necesita asistencia especializada. Las necesidades médicas y de terapia del niño son satisfechas mediante sistemas comunitarios típicos de salud.

COMENTARIOS

**PARTE 2: EVALUACIÓN: NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA (CONTINUACIÓN)**

10. ¿Qué servicios de asistencia debe proporcionar el sistema para ayudar a la familia a continuar satisfaciendo las necesidades del niño?

- |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Una cantidad significativa de ayudas intensivas es necesaria para el niño y sus padres. El niño está colocado fuera de su hogar en este momento, o está en peligro de serlo. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita/solicita asistencia substancial; p. ej., petición de cuidado de relevo de más de dos días al mes, envío para servicios domésticos "homemakers", "homebuilders"; solicitud de entrenamiento a largo plazo para control de comportamiento, necesita modificación ambiental extensiva y/o costosa, o equipo de adaptación; solicita frecuentes contactos con el administrador del caso. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita/solicita asistencia externa moderada; p. ej. petición para cuidado de relevo en forma regular, entrenamiento intensivo pero de corto plazo, para control de comportamiento, envío de referencia para entrenamiento a los padres, envío a servicios de cuidado diurno; y/o, petición de contacto regular con el administrador del caso. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>Necesita/solicita asistencia externa mínima; p. ej. peticiones ocasionales para cuidado de relevo, envío a grupos de apoyo para los padres, y/o ayuda del administrador del caso para obtener equipo de adaptación. | <input type="checkbox"/> <b>E</b><br>No hay necesidades de asistencia externa. La familia obtuvo todo el equipo necesario de adaptación. |
|---|--|--|--|--|

COMENTARIOS

11. ¿Qué asistencia necesita el niño para establecer el tipo de relaciones con los miembros de la familia que se espera de otros niños no incapacitados de la misma edad?

- |  |   |   |  |   |
|--|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Las oportunidades de contribuir a la vida familiar dependen totalmente de otras personas para mantener, interpretar el papel del niño a otros miembros de la familia. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Requiere mucha asistencia en forma de crearle oportunidades diarias/semanales para ser visto como miembro contribuyente, y para que asuma responsabilidades típicas en la familia. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Requiere asistencia moderada en forma de un implemento de adaptación, entrenamiento y/o recordatorios para ser visto como miembro contribuyente, y para que asuma responsabilidades típicas en la familia. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>Necesita poca asistencia para considerarse y ser considerado como miembro contribuyente y para que asuma responsabilidades típicas en la familia. | <input type="checkbox"/> <b>E</b><br>No necesita apoyo para establecer relaciones positivas con la familia. |
|--|---|---|--|---|

COMENTARIOS

**PARTE 2: EVALUACIÓN - NECESIDADES ACTUALES DE ASISTENCIA (CONTINUACIÓN)**

12. ¿Qué asistencia necesita el niño para explorar y utilizar los recursos típicos de la comunidad como tiendas, parques y campos de juego?

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>La familia necesita mucha asistencia (tal vez cuidado de relevo) para continuar proporcionando al niño ayuda física total para utilizar los recursos típicos de la comunidad. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita asistencia moderada - la familia debe crear maneras para que el niño utilice estos recursos en formas comunes para su edad. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita asistencia mínima - la familia puede desear sugerencias o cierta asistencia para ver formas de habilitar en el niño el uso regular de recursos típicos. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>No necesita asistencia. Utiliza regularmente estos recursos. |
|--|---|---|---|

COMENTARIOS

13. ¿Qué asistencia necesita el niño para desarrollar habilidades propias de su edad para jugar con otros?

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Necesita mucha asistencia de otras personas para ayudar al niño a jugar. Los padres pueden solicitar equipo especial de adaptación y entrenamiento para fomentar las aptitudes de juego del niño. | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Necesita asistencia moderada en forma de intervención verbal y/o algo de intervención física para ayudar al niño a jugar. Los padres podrían solicitar instrucción en cómo hacer sugerencias al niño con el propósito de que éste desarrolle aptitudes para jugar. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Necesita asistencia mínima. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>No necesita asistencia. Las aptitudes de juego del niño se están desarrollando al nivel de su edad. |
|--|---|--|--|

COMENTARIOS

14. ¿Qué asistencia necesita el niño para tener oportunidades de jugar con niños sin impedimentos?

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>A</b><br>Ayuda substancial del sistema; p. ej. el sistema debe establecer "programas" que permitan la interacción con niños sin impedimentos y con los "programas". | <input type="checkbox"/> <b>B</b><br>Asistencia moderada; p. ej. los padres tienen que crear oportunidades de contacto. Los padres podrían pedir instrucción sobre cómo facilitar tales contactos. Tal vez sea necesario que el sistema provea la asistencia estructural; p. ej. transportación, ambientes públicos de juego cuyo acceso no presenta obstáculos para personas con impedimentos, etc. | <input type="checkbox"/> <b>C</b><br>Asistencia mínima; p. ej. algo de supervisión. Los padres pueden solicitar ayuda sobre cómo ampliar la variedad de contactos del niño para aumentar lo apropiado de la edad de los contactos. | <input type="checkbox"/> <b>D</b><br>No necesita asistencia. |
|---|--|--|--|

COMENTARIOS

FIRMA DEL ADMINISTRADOR DE CASO/RECURSO

FECHA

**PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO DEL NIÑO**

NOMBRE

<b>PARTE 3: PLAN DE SERVICIO</b>				
<b>RESULTADO</b>	<b>META A CORTO PLAZO</b>	<b>SERVICIOS/MÉTODOS</b>	<b>FACILITADOR</b>	<b>PLAN DE SUPERVISIÓN</b>





**PLAN INDIVIDUAL DE SERVICIO  
DEL NIÑO (ISP)  
SOLICITUD DE AUDIENCIA**  
Conforme el Capítulo 388-02 para reglamentos de  
audiencia de DSHS

FOR AGENCY USE ONLY

Oral request taken by:

NAME

TELEPHONE NUMBER

INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION

**ENVIAR POR  
CORREO A:**

OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489  
PO BOX 42489  
OLYMPIA WA 98504-2489

**FAX:**

360-586-6563

- Solicito una audiencia debido a que no estoy de acuerdo con el siguiente servicio o decisión del proveedor de la División Servicios para Personas con Impedimentos al Desarrollo (DDD):

SU NOMBRE (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE)

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUDIENCIA

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL  
CÓDIGO DE ÁREA)

TELÉFONO PARA MENSAJES

**Se me notificó sobre la decisión el:** \_\_\_\_\_ **Por:** \_\_\_\_\_  
FECHA NOMBRE Y UBICACIÓN DE LA OFICINA DE DSHS

**Deseo recibir asistencia continua, si fuera elegible:**  Sí  No Programa: \_\_\_\_\_

Me representa (si fuera a representarse a sí mismo, no complete las siguientes dos líneas):

NOMBRE DE SU REPRESENTANTE

ORGANIZACIÓN

NÚMERO DE TELÉFONO

DOMICILIO CALLE

CIUDAD

ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Autorizo la cesión de información sobre mi audiencia a mi representante.**

SU FIRMA

FECHA

¿Necesita un intérprete u otro tipo de asistencia o arreglo para la audiencia?  Sí  No

De ser así, ¿qué idioma o qué tipo de asistencia? \_\_\_\_\_

Los jueces de ley administrativa (ALJ) podrían llevar a cabo algunas audiencias por teléfono. Si desea cambiar a una audiencia personal, siga las instrucciones en el Aviso de Audiencia que la Oficina de Audiencias Administrativas (OAH) le enviará por correo.